



**Заявление о предоставлении телекоммуникационного оборудования**  
Application for Telecommunications Equipment

**Что такое служба TAS?**

Служба предоставления доступа к средствам связи (Telecommunications Access Service, TAS), руководимая Отделом помощи глухим и лицам с нарушениями слуха (Office of the Deaf and Hard of Hearing, ODHH), занимается распределением оборудования, позволяющего жителям штата Вашингтон самостоятельно пользоваться телефоном.

**Кто может воспользоваться услугами службы TAS?**

Лица, проживающие в штате Вашингтон, у которых имеется документальное подтверждение того, что они являются глухими, глухими и слепыми, лишиены речи или страдают нарушениями слуха или речи.

**Что такое текстовый телефон?**

Текстовый телефон (TTY) – это устройство, использующее обычную телефонную линию и позволяющее получать и отправлять сообщения посредством ввода с клавиатуры. Сообщения выводятся на экран дисплея, а также могут быть напечатаны на бумаге.

**Что такое телефонный аппарат с усилением сигнала?**

Телефонный аппарат с усилением сигнала позволяет регулировать громкость и тембр в соответствии со слуховыми потребностями пользователя.

**Что такое телефон с преобразованием получаемых речевых сигналов в текст (Voice Carry Over, VCO) и телефон с преобразованием отправляемых текстовых сообщений в речевые сигналы (Hearing Carry Over, HCO)?**

- Телефон с преобразованием получаемых речевых сигналов в текст (VCO) позволяет людям с нарушениями слуха или глухим общаться с людьми, использующими обычный телефон. Такие звонки проходят через Службу передачи информации (Relay Service), при этом пользователь телефона VCO получает возможность обращаться к другому абоненту напрямую, а ответ вводится с клавиатуры ассистентом связи (Communication Assistant, CA) и выводится в виде текстового сообщения на экране телефона VCO. Пользователю такого телефона нужно просто читать сообщения и говорить, при этом ничего не набирая.
- Телефон с преобразованием отправляемых текстовых сообщений в речевые сигналы (HCO) позволяет людям, лишенным речи, передавать то, что они хотят сказать, в виде текстовых сообщений. Эти текстовые сообщения зачитываются другому абоненту ассистентом связи (CA). Пользователь такого телефона слышит другого абонента, но отвечает посредством ввода текста с клавиатуры.

**Какие бывают устройства оповещения?**

Существуют различные виды устройств оповещения о поступающем на телефон вызове. Для получения дополнительной информации см. раздел 1, пункт 17 на стр. 4.

**Обязан ли я платить за эти устройства?**

В зависимости от уровня вашего дохода оборудование может быть предоставлено бесплатно ИЛИ может потребоваться оплата определенной части стоимости оборудования. Обратитесь в службу TAS, если вы хотите получить более подробную информацию. Служба TAS имеет право проверять уровень вашего дохода.

**Можно ли получить оборудование нескольких видов?**

Да. В разделе 1 формы заявления вы можете выбрать одно устройство связи И одно устройство оповещения. Если вы отвечаете определенным требованиям, вам может быть предоставлено также видеооборудование. Обратитесь в наш отдел для получения конкретной информации.

**Через какое время может быть предоставлено оборудование?**

Оборудование может быть предоставлено в среднем через 4-6 недель.

**Если у меня уже имеется оборудование, предоставленное службой TAS, могу ли я подать заявление повторно?**

Вы можете подать повторное заявление о предоставлении нового оборудования по прошествии трех (3) лет, **ТОЛЬКО ЕСЛИ** старое оборудование, предоставленное TAS, неисправно **ИЛИ** больше не соответствует вашим потребностям.

**Должен ли я возвращать старое оборудование?**

Если оборудование было предоставлено вам **БЕСПЛАТНО** в течение последних трех (3) лет, то вы должны вернуть его службе TAS, прежде чем получите новое оборудование.

**Что мне нужно сделать сейчас?**

Заполните форму заявления службы TAS. Обязательно ответьте на ВСЕ вопросы. Неполная информация, приведенная в заявлении, может привести к задержкам в предоставлении услуг. Отделите данные указания, сложите заявление пополам, заклейте его липкой лентой **ТОЛЬКО** в верхней части и отправьте по почте.

**Для получения дополнительной информации позвоните по телефону (360) 902-8001 (голосовой/TTY) или по бесплатному телефону 1-800-422-7930 (голосовой/TTY).**

**Или посетите наш веб-сайт по адресу: <http://www1.dshs.wa.gov/hrsa/odhh/>**

## Указания по заполнению заявления

**Раздел 1. Информация о заявителе:** Внесите информацию о лице, подающем заявление (заявителе), а не о родителях или законных опекунах, которые могут заполнять данную форму.

1. Укажите фамилию, имя и второй инициал заявителя.
2. Укажите полный адрес места жительства заявителя, включая название или номер улицы, номер дома, номер квартиры, город, индекс. Заявления принимаются только от жителей штата Вашингтон. Необходимо указать пятизначный индекс; укажите девятизначный индекс, если он вам известен.
3. Если адрес, по которому доставляется корреспонденция, отличается от адреса местожительства заявителя, то укажите нужный адрес, абонентский ящик или адрес, соответствующий зоне доставки почты в сельской местности, а также индекс.
4. Укажите код района и номер телефона (или **TTY**) заявителя. Отметьте, является телефон только голосовым, только **TTY** или имеет обе эти функции.
5. Укажите код района и номер телефона (или **TTY**) для сообщений заявителю. Отметьте, является телефон только голосовым, только **TTY** или имеет обе эти функции.
6. Укажите адрес электронной почты (если есть), который будет использоваться для назначения приемов.
7. Укажите дни недели и время, когда службе **TAS** лучше всего связываться с заявителем по вопросу предоставления оборудования.
8. Укажите номер социального обеспечения заявителя.
9. Укажите округ, где проживает заявитель.
10. Укажите дату рождения заявителя в следующем формате: месяц/день/год.
11. Укажите возраст, в котором у заявителя впервые была замечена потеря слуха/речи.
12. Укажите причину, по которой заявитель обращается с просьбой о предоставлении оборудования службы **TAS**, поставив отметку в соответствующем квадрате.
13. Укажите формат, используемый заявителем для чтения, поставив отметку в соответствующем квадрате.
14. Выберите способ обмена информацией, наиболее подходящий для заявителя при общении с окружающими. Поставьте отметку в одном из квадратов. Если вы выберите вариант "Другое", пожалуйста, поясните.
15. Укажите расовую/этническую принадлежность заявителя.
- 16 и 17. Укажите оборудование, для предоставления которого вы подаете заявление.

**Раздел 2. Финансовая информация:**

1. Укажите число членов семьи заявителя, которые проживают совместно с ним.
2. Укажите месячный доход семьи. Следует учитывать все источники дохода.
3. Укажите расчетный годовой доход.
4. Заявитель должен поставить свою подпись и указать дату в заявлении.
5. Если кто-либо помогает заявителю в заполнении формы заявления, укажите имя, телефон и адрес электронной почты данного лица, а также то, кем этот человек приходится заявителю.

**Раздел 3. Профессиональное засвидетельствование:** Укажите информацию о специалисте, подтвердившем наличие потребности заявителя в оборудовании.

1. Поставьте отметку в соответствующем квадрате, указывающем квалификацию специалиста, подписывающего форму.
2. Укажите фамилию, имя, инициал отчества и рабочий номер телефона.
3. Укажите должность специалиста, проводящего оценку.
4. Проводящий проверку специалист должен поставить подпись и дату на подтверждающем документе, а также указать свой федеральный учетный номер или номер социального обеспечения.

Отрежьте эту страницу.



**Заявление о предоставлении  
теле<sup>коммуникационного</sup> оборудования**

**Office Use Only**

Date received

**Раздел 1. Заявитель (пожалуйста, заполните печатными буквами).**

1. Фамилия заявителя	Имя	Второй инициал	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
2. Домашний адрес заявителя	Город		Индекс <b>WA</b>
3. Почтовый адрес (если отличается)	Город		Индекс <b>WA</b>
4. Домашний телефон <input type="checkbox"/> Голосовой <input type="checkbox"/> Голосовой/ TTY <input type="checkbox"/> TTY	5. Телефон для сообщений <input type="checkbox"/> Голосовой <input type="checkbox"/> Голосовой/ TTY <input type="checkbox"/> TTY		
6. Адрес электронной почты	7. Наиболее удобное время для связи		
8. Номер социального обеспечения	9. Округ	10. Дата рождения	11. Возраст в момент возникновения заболевания
12. Заявитель:  <input type="checkbox"/> Глухой <input type="checkbox"/> Имеет нарушения слуха <input type="checkbox"/> Лишен речи <input type="checkbox"/> Глухой и слепой <input type="checkbox"/> А ТАКЖЕ имеет нарушения подвижности* <small>* Если отмечен данный ответ, ограничивают ли нарушения подвижности вашу способность набирать номер и удерживать обычную телефонную трубку?</small> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	13. Податель заявления читает:  <input type="checkbox"/> Обычный шрифт <input type="checkbox"/> Крупный шрифт <input type="checkbox"/> Шрифт Брайля: <input type="checkbox"/> Шрифт Брайля типа 1 <input type="checkbox"/> Шрифт Брайля типа 2		
14. Какой способ общения является предпочтительным для заявителя?  <input type="checkbox"/> Язык жестов: <input type="checkbox"/> Американский язык жестов (ASL) <input type="checkbox"/> Точный английский язык жестов (SEE)  <input type="checkbox"/> Словесное общение: <input type="checkbox"/> Говорит <input type="checkbox"/> Читает по губам <input type="checkbox"/> Письмо <input type="checkbox"/> Другое: _____	На каком языке говорит заявитель?		
15. К какой расе относит себя заявитель? (не обязательно)  <input type="checkbox"/> Белый (800) <input type="checkbox"/> Эскимос (935) <input type="checkbox"/> Другая раса (799) <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец (870) <input type="checkbox"/> Алеут (941) <input type="checkbox"/> Не сообщается (999) <input type="checkbox"/> Американский индеец (597)			
Уроженец Азии или островов Тихого океана (API):  <input type="checkbox"/> Китаец (605) <input type="checkbox"/> Гаваец (653) <input type="checkbox"/> Японец (611) <input type="checkbox"/> Другое (699) <input type="checkbox"/> Камбоджец (604) <input type="checkbox"/> Кореец (612) <input type="checkbox"/> Уроженец о. Гуам (660) <input type="checkbox"/> Вьетнамец (619) <input type="checkbox"/> Филиппинец (608) <input type="checkbox"/> Уроженец о. Самоа (655) <input type="checkbox"/> Индиец (600) <input type="checkbox"/> Таец (618) <input type="checkbox"/> Лаосец (613)			
Испанского/латиноамериканского происхождения: Имеет ли заявитель испанское/латиноамериканское происхождение?  <input type="checkbox"/> Нет (не испанского/латиноамериканского происхождения) (999) <input type="checkbox"/> Да; кубинец (709) <input type="checkbox"/> Да; мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано (722) <input type="checkbox"/> Да; другого испанского/латиноамериканского происхождения (799) <input type="checkbox"/> Да; пуэрториканец (727) <input type="checkbox"/> Не сообщается (000)			

## ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМОЕ ВАМ ОБОРУДОВАНИЕ

(неполное заполнение информации в заявлении может привести к задержкам в предоставлении услуг)

### Раздел 1. Заявитель (продолжение)

Модели могут изменяться

#### 16. ВЫБЕРИТЕ ОДНО устройство связи



##### TTY ULTRATEC 4425

Используется обычная телефонная линия, дает возможность получать и отправлять сообщения посредством ввода с клавиатуры. Сообщения выводятся на экран дисплея, а также могут быть напечатаны на бумаге.



##### ТЕЛЕФОННЫЙ АППАРАТ С УСИЛЕНИЕМ СИГНАЛА

Для лиц, испытывающих трудности в понимании устной речи по телефону.



##### TTY с большим дисплеем (LVD)

LVD – это большой дисплей, который подключается к устройству TTY. Лица с плохим зрением считают использование большого дисплея намного более удобным для чтения, чем использование обычного дисплея TTY.



##### ДИАЛОГОВЫЙ ТЕЛЕФОН С ПРЕОБРАЗОВАНИЕМ ПОЛУЧАЕМЫХ РЕЧЕВЫХ СИГНАЛОВ В ТЕКСТ "READ AND TALK" VCO КОМПАНИИ AMERIPHONE

Телефон с преобразованием получаемых речевых сигналов в текст, отсутствует ввод с клавиатуры.

##### Большой дисплей

##### TTY со шрифтом Брайля

Фотографии нет.

По вопросам предоставления текстовых телефонов со шрифтом Брайля, пожалуйста, обращайтесь в службу TAS.



##### Громкоговорящий телефон \*\*

Телефон с дистанционным управлением

##### Переключатели:

- Переключатель с мягкой поверхностью
- Переключатель, реагирующий на дуновение

##### Микрофоны:

- Головной телефон
- Нагрудный микрофон

\*\* Для клиентов с ограниченной подвижностью наряду с утратой слуха или нарушениями речи.

## А ТАКЖЕ

#### 17. ВЫБЕРИТЕ ОДНО устройство оповещения

##### Устройство визуального оповещения о поступающем вызове (VRS)

При поступлении вызова на телефон загорается лампочка.



##### Устройство звукового оповещения о поступающем вызове (ARS)

Регулируемый громкий звонок, который подключается к телефонному гнезду.



##### Устройство оповещения о поступающем вызове с вибратором\*\*\*

Выбирает при поступлении вызова на телефон.



\*\*\* Только для глухих и слепых.

**Раздел 2. Финансовая информация**

1. Размер семьи	2. Месячный доход (с учетом всех источников дохода)	3. Расчетный годовой доход
<p>Осознавая возможность наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами штата Вашингтон, я заявляю, что информация, указанная в данной форме, является точной и правильной.</p>		
4. Подпись заявителя (родителя/опекуна, если клиент моложе 18 лет)		Дата
5. Имя лица, заполнившего заявление		Кем приходится клиенту
Номер телефона		Адрес электронной почты
6. Альтернативное контактное лицо		Кем приходится клиенту
Номер телефона		Адрес электронной почты

**Раздел 3. Профессиональное подтверждение (пожалуйста, заполните печатными буквами).**

1. Специалисты соответствующей квалификации, которые могут предоставить заявителю подтверждение для службы TAS:					
<input type="checkbox"/> Специалист по работе с глухими <input type="checkbox"/> Консультант Отделения профессиональной реабилитации (DVR) или подобного органа <input type="checkbox"/> Врач (должен иметь лицензию на медицинскую практику в штате Вашингтон) <input type="checkbox"/> Аудиолог (должен быть практикующим специалистом штата Вашингтон) <input type="checkbox"/> Специалист по работе с глухими и слепыми или глазной врач <input type="checkbox"/> Логопед (должен быть практикующим специалистом штата Вашингтон) <input type="checkbox"/> Ведущий дело клиента сотрудник организации самопомощи, поясните: _____ <input type="checkbox"/> Другой специалист в области медицины, поясните: _____					
Пожалуйста, заполните печатными буквами.	2. Специалист: Фамилия		Имя	Второй инициал	
					Номер телефона
	3. Должность специалиста, производившего проверку				
	<p>Я подтверждаю, что информация, указанная в разделе 1, пункте 12, является точной и правильной.</p>				
4. Подпись специалиста, производившего проверку		Дата	Федеральный учетный номер или номер социального обеспечения		

Дискриминация запрещена в рамках всех программ и мероприятий. Никто не может быть подвергнут дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, убеждений, национального происхождения, пола, семейного положения, статуса инвалида или ветерана войны во Вьетнаме или физического недостатка.

Office of the Deaf and Hard of Hearing (ODHH)  
 Telecommunications Access Service (TAS)  
 PO Box 45301  
 Olympia WA 98504-5301

(360) 902-8001  
 1-800-422-7930 Голосовой  
 1-800-422-7941 TTY  
<http://www1.dshs.wa.gov/hrsa/odhh/>

ЗАКЛЕЙТЕ ЛИПКОЙ ЛЕНТОЙ ЗДЕСЬ

НЕ СКРЕПЛЯЙТЕ СКОБКАМИ

---

ЗДЕСЬ НАКЛЕЙТЕ  
МАРКУ ДЛЯ  
ПОЧТОВЫХ  
ОТПРАВЛЕНИЙ  
ПЕРВОГО КЛАССА

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
OFFICE OF THE DEAF AND HARD OF HEARING  
TELECOMMUNICATIONS ACCESS SERVICE  
PO BOX 45301  
OLYMPIA WA 98504-5301

СЛОЖИТЕ ЗДЕСЬ